

支給申請書兼利用者負担減額・免除申請書

北見市長 様

次のとおり地域生活支援給付費の申請をします。 申請年月日 年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日
申請者氏名		個人番号	
居住地	〒 (電話番号)		
フリガナ		生年月日	年 月 日
支給申請に係る 児童(18歳未満)氏名	児童名	個人番号	
		続柄	
障害手帳番号	身体() 療育() 精神()		
疾病名			
サービス利用の 状況	介護給付費	居宅介護(身体・家事)・通院(身介・無)・乗降介助・重度訪問介護 同行援護・行動援護・短期入所・重度障害者等包括支援 療養介護・生活介護・施設入所支援	
	訓練等給付費	就労定着支援・自立生活援助・自立訓練・就労移行・ 就労継続(A・B)・共同生活援助(グループホーム)	
	地域相談支援	地域移行支援・地域定着支援	
	通所給付費	児童発達支援・医療型児童発達支援・放課後等デイサービス・居宅訪問型児童発達支援・ 保育所等訪問支援	
	介護保険	要介護認定：有(要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) ・ 無 利用サービスの内容等 担当ケアマネジャー(所属 氏名)	
申請内容 (地域生活支援給付)			
<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター等	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	
時間/月	日/月	日/月	
利用区分 (知的・精神は別表3 身障は別表1)	利用区分 (別表4)	利用区分 (別表3及び診断書等)	
<ul style="list-style-type: none"> 身体介護を伴う 重度の知的・行動障がい 上記以外 	<ul style="list-style-type: none"> 重度 中度 軽度 	<ul style="list-style-type: none"> 加算(重症心身障がい) 加算(最重度行動障がい等) 上記以外 	
利用予定事業所	利用予定事業所	利用予定事業所	

注：利用者負担軽減について～介護給付等の同時申請もしくは支給決定がある場合は、添付書類を省略できる場合がありますので、ご確認ください

以下のとおり、確認できる書類を添えて申請をします。

申請する減免の種類等	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が 80 万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2 以外のもの 4 市町村民税課税世帯 (障害者：所得割 16 万円未満、障害児：所得割 28 万円未満) に属する者
	<input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置に関する認定 生活保護への移行予防措置 (□定率負担減免措置、□補足給付の特例措置) を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

添付書類：年金証書、年金支払通知書、年金振込通帳、非課税証明書、主な預金通帳、保険料領収書等

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

私は、利用者負担上限月額を決定するために必要な場合、北見市長が私及び私と同一世帯にあるものの所得について調査することに同意します。

申請者(保護者)氏名 _____ 印